

申込日 年 月 日

放射線科予約票（MRI・CT）

【 ご紹介元医療機関名 】

先生

患者様名	_____			様（カルテ番号	_____	）
予約日時	_____	年	_____	月	_____	日（ _____ ）
	_____	午前	・	午後	_____	時 _____ 分
		朝食		絶食あり	・	絶食なし

☆MRIの方へ

別添の問診票をボールペンでご記入いただき、診察日に診療科へお渡し下さい。

☆食事の制限について

検査の種類により、絶食をお願いすることがございますので、ご確認ください。

☆持ち物

- ・ 紹介状
- ・ 保険証（各種医療券）
- ・ 放射線科予約票
- ・ 診察券（お持ちの方のみ）
- ・ お薬手帳またはお薬説明書（服用中の方のみ）

☆受診方法

1. 受付【紹介専用受付】へお越しください。（予約時間10分前に）
保険証と予約票、診察券をお渡し下さい。
2. 診療科までご案内いたします。

☆その他

- ・ 処置や検査の内容によっては、長時間お待ち頂く場合があります。
- ・ 万一、予約を変更される場合は、下記までご連絡下さい。

〒667-8555 兵庫県養父市八鹿町八鹿1878-1
公立八鹿病院 地域医療連携室
TEL 079-662-5555（代表）
FAX 079-662-3143（直通）